

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Ça ne s'arrange pas...

Aujourd'hui, il y a une augmentation réelle de l'ensemble des infections sexuellement transmissibles, à la fois dans la population la plus exposée que représentent les personnes infectées par le VIH, mais également dans la population non infectée. Cette augmentation est vérifiée partout dans le monde et plus particulièrement dans les grandes capitales (notamment les capitales nord-américaines et européennes). En ce début d'année, nous avons donné la parole au Dr Brigitte Milpied, dermatologue à Bordeaux (Hôpital Saint André), qui a été responsable d'un CIDDIST⁽¹⁾ à Nantes, et qui témoigne de la recrudescence de ces IST et des leçons à en tirer.



InfoTraitements : Depuis quand note-t-on cette incidence forte des IST ?

Dr Brigitte Milpied : Globalement, c'est net depuis le début des années 2000. C'est probablement une conséquence du relâchement des comportements, en rapport avec l'arrivée en 1996 de traitements efficaces contre le VIH.

À partir du moment où les personnes sont devenues moins strictes pour la protection de leurs rapports sexuels, nous avons vu arriver cette résurgence des IST. Elle s'est manifestée d'abord dans la communauté VIH positive et dans la communauté homo et bisexuelle, mais les hétérosexuels sont aussi concernés.

I.T. : Quelles sont les IST qui sont le plus en recrudescence ?

Dr B. M. : Il y en a trois pour lesquelles il y a une épidémie qui est nettement démontrée : l'épidémie de syphilis depuis 2000, l'épidémie de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) depuis 2003/2004 et l'épidémie de gonococcie. Mais toutes les IST sont en augmentation : les infections à Chlamydiae, à Papillomavirus (HPV), l'herpès...

Par ailleurs, il y a eu en 2005/2006 une épidémie d'hépatite C transmise sexuellement chez des gays, qui d'ailleurs souvent consultaient pour une syphilis, voire éventuellement une LGV.

I.T. : La syphilis est-elle toujours aussi présente ?

Dr B. M. : La syphilis est la maladie qui est la plus préoccupante aujourd'hui dans ce climat de résurgence d'IST. En effet, elle avait quasiment disparu de France et d'Europe de l'Ouest! D'ailleurs, à partir de mai 2000, la déclaration obligatoire de la syphilis avait été supprimée. Les derniers cas avaient été observés dans les années 80. Même chez les prostituées, on n'en dépistait plus. Mais elle sévissait toujours à l'état endémique⁽²⁾ en Europe de l'Est. Elle a commencé à réapparaître franchement (et assez brutalement) début 2000 chez les travailleurs sexuels sur les trottoirs des grandes capitales, et plus généralement dans les populations exposées (chez des personnes ayant des partenaires multiples et/ou anonymes). Cela est vrai pour toutes les IST, mais encore plus dans le cas de la syphilis. Nous avons pu identifier cela non seulement grâce aux déclarations de ces maladies faites à l'InVS, mais aussi grâce aux auto-questionnaires anonymes remplis par les patients. Ces questionnaires permettent de recueillir des informations précieuses sur le profil des personnes touchées, qui sont en priorité des homo/bisexuels, avec un nombre de partenaires très élevé et le plus souvent anonymes. On apprend également que le mode de transmission se fait dans près de la moitié des cas par rapports oro-génitaux (fellations). Les gens ont l'impression qu'ils se protègent, et ils se protègent effectivement pour les pénétrations, mais pas pour les fellations, et peuvent donc contracter ainsi la syphilis. Il y a du portage (transmission) pharyngé asymptomatique du tréponème⁽³⁾. Au niveau des ulcérations (chancres) qui peuvent être notamment orales (chancres buccaux), cela complique les choses et favorise la transmission.

Au départ, il a fallu que les médecins qui voyaient ces cas de syphilis arriver "s'habituent" à cette nouvelle épidémie : ils dépistaient donc plutôt des syphilis secondaires chez des malades qui présentaient des éruptions cutanées. Et puis, de plus en plus, on a vu s'équilibrer les stades au niveau du dépistage. Aujourd'hui nous retrouvons à peu près à parts égales dans les consultations les trois stades de la syphilis :

- stade primaire : chancre (quelle que soit sa localisation) ;
- stade secondaire : manifestations cutanées ;
- syphilis latente (sérologique) : découverte d'une

(SUITE DE LA PAGE 1)

L'EDITO (SUITE)

Et si c'était vrai...?

Et comme on sait que la charge virale dans les sécrétions génitales n'est pas toujours la même que dans le sang, il y a un risque théorique (faible) de contamination.

Diffuser cette information en appelle à la responsabilité de chacun.

Les avantages sont importants, tant ce fardeau de la peur de contaminer ou d'être contaminé peut être lourd à porter. Si une procréation est envisagée, elle pourrait l'être sans risque de contaminer le partenaire séronégatif et sans un recours lourd et peu accessible aux techniques de PMA. Un changement radical...

Dans un couple stable (homo ou hétéro) formé de deux personnes responsables communiquant bien, il y a tout à gagner à aborder cette question franchement et à décider, en toute connaissance de cause, d'avoir ou non des relations protégées. Mais comment ne pas craindre les interprétations risquées de ce principe dans un contexte de relations multiples et anonymes, où le risque de transmission peut exister bel et bien, tant il est difficile de connaître la charge virale de son partenaire, de savoir si son observance au traitement est excellente, et s'il n'est pas à risque de transmettre l'une de ces autres IST en recrudescence (voir notre article dans ce numéro) qui constituent en plus une porte d'entrée facilitée pour le VIH ? Dans de telles situations, le préservatif est irremplaçable, ne l'oublions pas !

*InVS : Institut National de veille sanitaire

positivité de la sérologie syphilitique, alors qu'on avait la connaissance qu'antérieurement elle était négative. Dans la classification, on parle de syphilis latente précoce lorsqu'il y avait une sérologie négative, il y a moins d'un an, et tardive dans le cas contraire.

I.T. : Quels sont les tests disponibles pour dépister la syphilis ?

Dr B. M. : Il y a deux types de tests :

- les tests non spécifiques (ou non tréponémiques), c'est essentiellement le VDRL ;
- les tests spécifiques (ou tréponémiques), c'est essentiellement le TPHA, mais aussi parfois le FTA absorbé (FTA abs).

Ces deux types de tests sont à la fois suffisants et indispensables pour poser le diagnostic et suivre l'évolution après traitement. Ils sont soit qualitatifs

(positifs ou négatifs), soit quantitatifs, soit les deux. L'intérêt d'un dosage quantitatif est qu'il permet un réel suivi. Seul le VDRL traduit l'évolutivité de la maladie et c'est celui-ci que l'on surveillera pour vérifier la guérison de la syphilis.

Pour le suivi de la guérison, le médecin demandera un test le troisième mois après la fin du traitement (il n'est pas utile de refaire un test avant cette période). La guérison sera objectivée par une baisse d'un facteur 4 du VDRL. Une syphilis traitée précocement entraîne une négativation totale de la sérologie, mais en cas de syphilis secondaire, on peut avoir un TPHA qui reste positif : c'est ce que l'on appelle la cicatrice sérologique. Normalement, après traitement, le VDRL doit toujours se négativer, puisque c'est lui qui signe l'évolutivité de la maladie. S'il ne se négative pas, il doit baisser d'un facteur 4.

En cas de diagnostic précoce de chancre, on peut avoir les deux tests négatifs les premiers jours de l'ulcération. En effet, dans la syphilis, comme pour le VIH, il y a une période pré-sérologique. Elle est d'environ huit à dix jours.

Élément important à signaler, c'est le caractère non immunisant de la syphilis, d'où la possibilité d'être contaminé plusieurs fois. En effet, le fait d'avoir à disposition un traitement efficace entraîne le plus souvent une banalisation de cette affection. Mais attention, étant donné que le chancre guérit tout seul en général, une syphilis négligée peut évoluer à bas bruit vers une syphilis tertiaire, qui peut être grave par ses complications (neurologiques, oculaires, cardio-vasculaires...). Par ailleurs, au cours de la grossesse, la syphilis non traitée peut être responsable d'une maladie sévère chez le nouveau-né : la syphilis congénitale.

En France, entre 2000 et 2006, il y a eu plus de 2000 cas de syphilis répertoriés.

Le meilleur traitement contre la syphilis, c'est la pénicilline retard (Extencilline 2,4 millions d'Unités), à raison d'une injection intra-musculaire par semaine, pendant trois semaines.

I.T. : Quel est le profil des patients séropositifs qui consultent pour une syphilis en général ?

Dr B. M. : Ce sont essentiellement des homo et bisexuels, mais je pense qu'il n'y a pas vraiment de lien entre l'observance au traitement contre le VIH et l'utilisation du préservatif...

Au début des années 2000, ces infections concernaient environ 70 % d'homosexuels séropositifs.

Depuis, l'épidémie a quitté peu à peu le bastion de cette population très à risque pour atteindre les homosexuels non séropositifs et les hétérosexuels (selon les données de l'InVS, on observe environ 30 % de ces cas de syphilis chez des hétérosexuels). L'infection gagne la population générale, c'est pourquoi de nos jours, un hétérosexuel à partenaires multiples doit être dépisté.

I.T. : Et la gonococcie, est-elle toujours aussi active ?

Dr B. M. : La gonococcie n'avait jamais disparu et on l'a vue réaugmenter à partir de 1998. Ce qu'il faut surtout souligner, c'est la fréquence (15 %) du portage pharyngé asymptomatique des gonococcies : 50 % d'entre elles sont transmises par voie bucco-génitale, en sachant qu'il y a également beaucoup de localisations anales qui, elles, sont le plus souvent très symptomatiques (avec des écoulements purulents).

I.T. : Là aussi, y a-t-il une grande prévalence chez les personnes homosexuelles ? Et quid du partenaire... ?

Dr B. M. : Oui, nous avons les mêmes profils pour ces trois IST (gonococcies, syphilis, LGV). En général on dépiste dans des consultations anonymes, mais dès qu'on met en évidence une IST, c'est plus simple de lever l'anonymat parce que le traitement mis en route avec éventuellement des effets secondaires nécessite un suivi, des sérologies ultérieures, etc.

GLOSSAIRE

(1) CIDDIST :

Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles.

(2) Etat endémique :

Par endémie, on doit comprendre la persistance d'une maladie dans un territoire déterminé ou au sein d'une collectivité, cette maladie pouvant être manifeste ou à l'état latent.

(3) Tréponème :

Le *Treponema pallidum* ou tréponème pâle est la bactérie responsable de la syphilis chez l'Homme. Découvert en 1905 à Berlin par Fritz Scaudinn et Erich Hoffman, il appartient à la famille des tréponèmes, dont il est le seul représentant sexuellement transmissible.

(4) Ecouvillonnage :

Prélèvement d'un échantillon à l'aide d'une petite brosse (un écouvillon).

(5) Ténésme :

C'est une tension douloureuse, au niveau de l'anus, avec sensation de brûlure et envie constante d'aller à la selle.

(6) Cyclines :

Médicaments de la famille des antibiotiques, et qui ont la propriété d'inhiber la multiplication des bactéries.

Pouvoir dépister le partenaire serait idéal, mais ce n'est pas toujours simple : le plus souvent, il y en a plusieurs, et les patients ne les connaissent pas tous. Lorsqu'il y a un partenaire "légitime" ou régulier, on demande au patient de le prévenir et les traitements se passent très bien.

I.T. : Et la LGV, qui est apparue récemment, est-elle toujours aussi présente ?

Dr B. M. : La LGV, qui fait partie des chlamydioses, est toujours traitée à part parce que ce sont des génotypes particuliers de *Chlamydiae* (L2, L3) qui sont en cause.

Il y a une augmentation des infections à *Chlamydia* en général dans toutes les populations (chez les homosexuels, séropositifs, hétérosexuels). Et même sans symptômes, le dépistage est utile parce que c'est une maladie qui a la caractéristique d'être très peu symptomatique. Par exemple, les urétrites à *Chlamydiae* sont en général asymptomatiques. Beaucoup de femmes qui en sont porteuses ont une infection qui va évoluer à bas bruit et cela peut être source de complications chroniques au long cours, comme des stérilités.

Le dépistage n'a pas d'intérêt par sérologie (prise de sang) car il n'est pas fiable. Chez l'homme, le recueil du premier jet d'urine est en général suffisant, et chez la femme aussi, ou alors on pourra effectuer un écouvillonnage⁽⁴⁾ des voies génitales.

La LGV, elle, est en recrudescence nette depuis fin 2003, début 2004. C'est une épidémie très récente qui est en augmentation régulière. Il y a eu plus de 500 cas dépistés en France depuis 2004, essentiellement (90 %) en Île-de-France, mais on commence à en avoir en province. Les manifestations sont essentiellement rectales. Elles se traduisent par un écoulement purulent, parfois sanguinolent, au niveau de l'anus. Cet écoulement peut être sans douleur ou avec des douleurs à type de ténésme⁽⁵⁾. Les signes peuvent parfois mimer une maladie digestive. Elle survient essentiellement chez les homosexuels, infectés par le VIH pour la plupart réceptifs, et dans un contexte de rapport sexuel "hard" (godemichés, fist). Ces infections non traitées peuvent évoluer vers des lésions chroniques à type de rétrécissements anaux et fistules anales. Pour la LGV, le traitement est plus prolongé que pour une infection à *Chlamydia* banale : entre 3 et 4 semaines de cyclines⁽⁶⁾. L'infection se soigne bien, mais le malade n'est pas à l'abri d'une rechute...

I.T. : Quelle conclusion pourriez-vous tirer de ces IST toujours aussi présentes, et même en augmentation ?

Dr B. M. : Ce n'est pas uniquement des chiffres, c'est vraiment la réalité. Il faut manifestement que la prévention dans ce domaine soit renforcée. Donc, le préservatif, encore et toujours...

Le message le plus important, comme vous l'avez constaté, c'est que les fellations non protégées sont une prise de risque non négligeable pour ces IST, surtout lorsque les partenaires sont nombreux et/ou anonymes. Pour les bisexuels, leur comportement peut contaminer leurs partenaires féminines qui ne vont le plus souvent pas être traitées, et par conséquent risquent aussi de faire courir des risques à leur descendance. La plupart des IST sont source de stérilité quand on les laisse évoluer chroniquement. C'est vrai que ces infections se traitent bien en général, mais il faut réfléchir au-delà de l'injection dans les fesses qui va vous guérir : penser à toutes les personnes qui auront été contaminées entre-temps, à toutes celles qui ne feront pas de symptomatologie et qui auront à long terme des complications souvent graves. Il ne faut donc pas hésiter à consulter au moindre doute, à la moindre ulcération, bouton, blessure sur la verge.

Et par ailleurs, il ne faut pas oublier que l'on n'est pas obligés de consulter son médecin traitant pour cela, il existe les CIDDIST, les CDAG, les centres de planning familial qui prennent en charge ce genre de pathologie.

PROPOS RECUEILLIS PAR EUGÈNE RAYESS

redaction@actions-traitements.org



à suivre...

Dans un prochain numéro, nous aborderons d'autres IST : herpès, mycoplasme, hépatites, condylomes, cancer anal...

PARTENAIRES

ActionsTraitements remercie, pour leur soutien à son action, les

LABORATOIRES

Abbott France, Bœhringer Ingelheim, Bristol Myers-Squibb, Gilead, Glaxo Smith Kline, Janssen-Cilag, Merck Sharp & Dohme-Chibret, Pfizer, Roche, Sanofi-Aventis, Schering Plough, laboratoire du Chemin Vert

INSTITUTIONS

Direction Générale de la Santé, DRASS-URCAM-CRAMIF, INPES, Ville de Paris

ASSOCIATIONS

Sidaction